

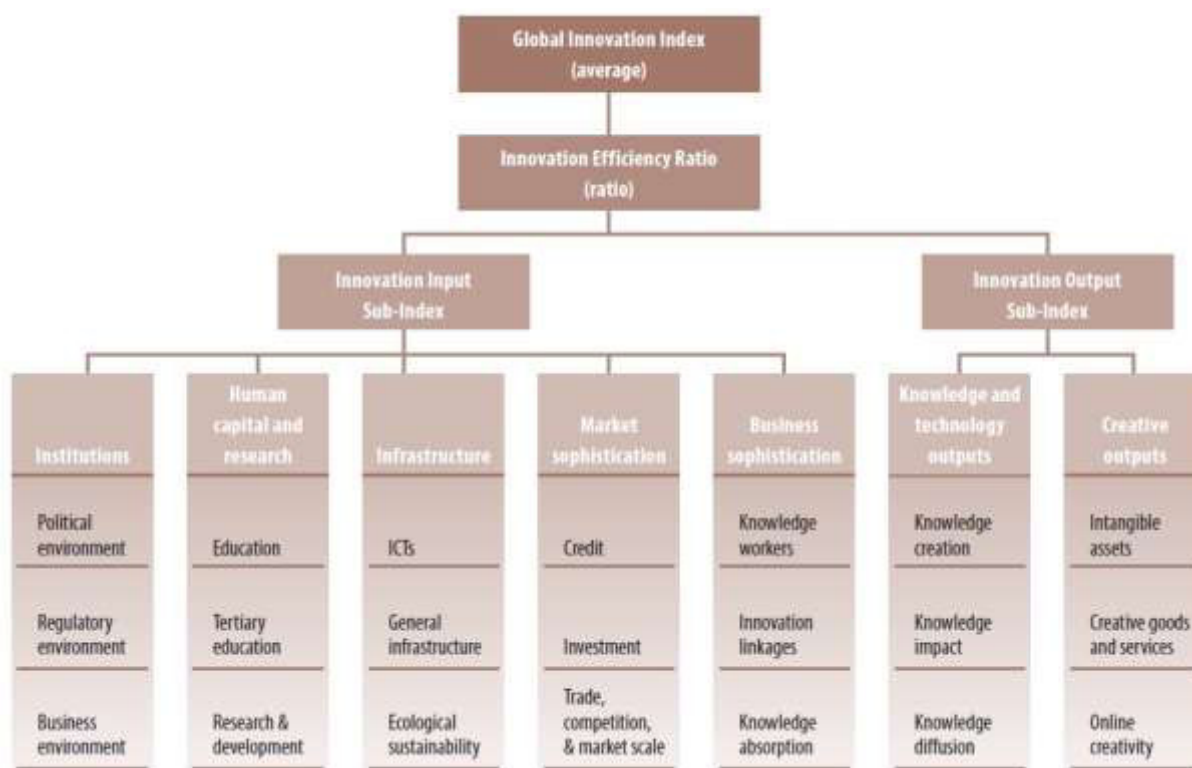
Prioritetne liste čekanja kao inovacija

Miroslav Mađarić

Nezavisni inovacijski konzultant
miromadjaric@gmail.com

Hrvatska je generalno vrlo slabo ili ispodprosječno rangirana po inovaciji, konkurentnosti i digitalizaciji. Rang na začelju EU ili u sredini svjetskih listi – ali pored Mongolije ili Ruande (bez namjere za omalovažavanjem tih zemalja!) – je vijest za jedan medijski dan. Nema koristi od pukog kukanja nad takvim slabim inovacijskim i inim rangiranjem Hrvatske. „Pravi posao“ iskorištavanja informacija iz ranglista uspješnosti bilo bi fokusiranje na pojedinačne, elementarne indikatore. Prednost takvog pristupa se sastoji u tome da se sumarni indeks često sastoji od više stotina pokazatelja, što se ukupno ne može rješavati unutar jednog legislativnog razdoblja. Zato je jasna preporuka vlastima (državnim i lokalnim kao i javnim službama – uključivo zdravstvene vlasti!): nađite pokazatelj u kojem su korisni i mogući pomoci, te se fokusirajte na njegovo rješavanje (naravno, ne zaboravljajući utjecaj na „veliku sliku“!)

Uzmimo ovdje kao primjer The Global Innovation Index 2017 (GII, INSEAD) (1) koji postavlja Hrvatsku na 41. mjesto po inovativnosti (od 127 rangiranih zemalja). To sumarno ne izgleda tako loše: negdje smo na kraju prve trećine ukupne ljestvice s oko 40 bodova. To je oko 60% u usporedbi s najboljom Švicarskom. Struktura od kojeg se sastoji taj indeks je ovakva:



Slika 1: GII Framework

Ipak kada donositelji odluka pogledaju detaljnije „ispod“ razine sumarnih „sub-indeksa“ i vide da je ukupna ocjena izvedena iz 81 elementarnog pokazatelja, teško da će se odlučiti „zagristi“ taj cijeli velik i složen „zalogaj“. Zato treba u izvještaju o profilu Hrvatske naći najslabije točke. Ove tri navedene dolje nas pozicioniraju oko 100. mjesta od 127 ocjenjivanih zemalja, dakle na granici najslabije svjetske petine:

5.2.1 University/industry research collaboration†	103
5.2.2 State of cluster development†	113
5.2.3 Computer software spending, % GDP	98

Podindeksi 5.2.1 i 5.2.2 su uvjetovani „kulturom suradnje“, protiv čega smo izgleda cijepljeni, ali to je neka druga tema. U ovoj „studiji slučaja“ ćemo se fokusirati na indikator 5.2.3 „Izdaci za računalni SW, % od GDP-a“. U Hrvatskoj je to oko 0,06%, a u najbolje ocijenjenoj zemlji po tom kriteriju – SAD - to iznosi 1,09% ili gotovo 20 puta više (od njihovog ogromnog GDP-a!).

Kakav je to stvarno podatak, o utrošcima za računalni SW? To je udio utroška na nabavljene ili unajmljene SW pakete, kao što su:

- * OS i DBMS
- * Razvojni alati
- * Servisna potpora („utilities“)
- * Aplikacije

Tu nije uključen razvoj SW (vlastiti ili po narudžbi). Podaci su kombinacija stvarnih brojki i procjene od strane IHS Markit analitičke kuće.

Izvor: IHS Global Insight, Information and Communication Technology Database. (<https://www.ihs.com/index.html>).

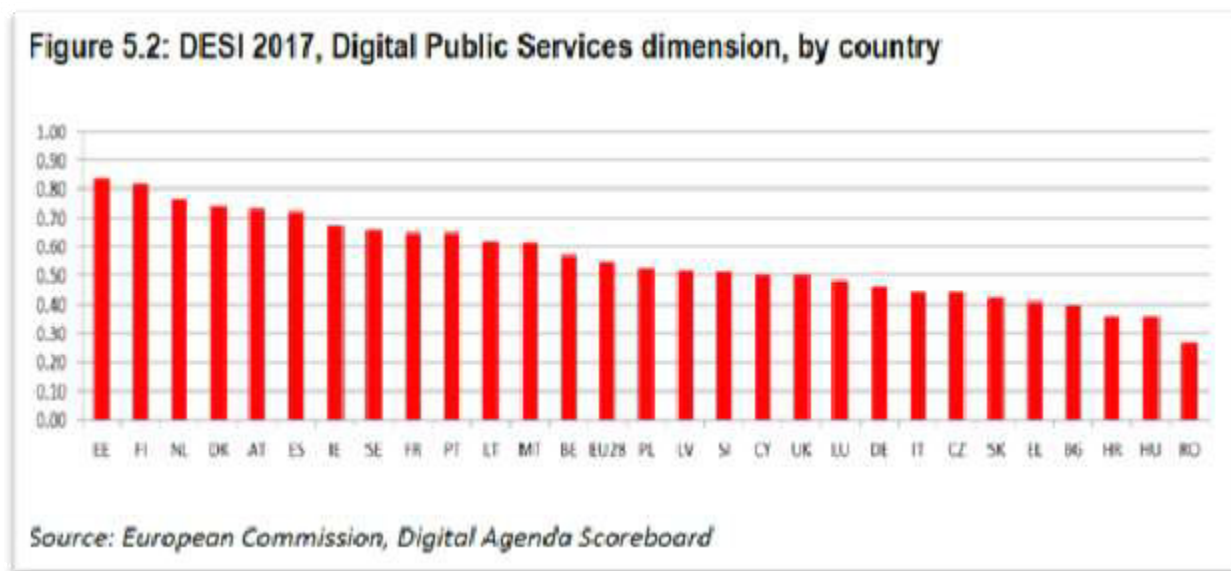
Rank	Country/Economy	Value	Score (0–100)	Percent rank
96	Lithuania.....	0.08.....	6.45.....	0.23
97	Azerbaijan	0.06.....	4.98.....	0.23
98	Croatia.....	0.06.....	4.64.....	0.22
99	Oman.....	0.05.....	4.21.....	0.21
100	Rwanda.....	0.05.....	4.12.....	0.20

Slika 2: Rang po izdacima za SW (2)

Naravno, možemo raspravljati o ovom načinu evaluacije, na primjer zašto raditi razliku između paketskih SW rješenja (licenciranih) i vlastitog/naručenog razvoja. No u ovoj studiji takvo pravilo vrednovanja izdataka za SW koje vrijedi za sve (i SAD i Ruandu)! Mogli bismo se buniti protiv takvog ocjenjivanja Hrvatske, kad u drugim analizama (na primjer DESI indeks) također ne bismo drastično zaostajali u javnim e-servisima.

Studija slučaja: „Prioritetne liste čekanja“

Po konkurentnosti i inovativnosti Hrvatska je po svim relevantnim analizama prosječna ili ispodprosječna zemlja. To vrijedi i za indirektno pokazatelje, na primjer i digitalizaciju: po *Digital Economy and Society Index* (DESI, izvor: EK 2017) (3) smo 24. od 28 članica EU. I trend je loš, jer je to jedno mjesto lošije nego 2016. U nama zanimljivoj dimenziji „Javne digitalne usluge“ smo plasirani još lošije, predzadnji zajedno s Mađarskom, jedino je Rumunjska lošija.



Slika 3: Rangiranje zemalja EU po digitalnim javnim uslugama (DESI indeks 2017)

Do 2015. je DESI struktura izgledala ovako, s uključenim e-Zdravljem:

5 Digital Public Services	5a eGovernment	5a1 eGovernment Users
		5a2 Pre-filled Forms
		5a3 Online Service Completion
		5a4 Open Data
	5b eHealth	5b1 Medical Data Exchange
		5b2 ePrescription

Slika 4: DESI indeks struktura za „dimenziju“ 5 (Javni digitalni servisi)

U 2016. i 2017. eHealth podindeks nije bio analiziran, no najavljeno je da će opet to područje biti uključeno u DESI izvješća. To je dobro za buduće rangiranje Hrvatske, jer se unutar ukupnih e-servisa e-Zdravlje može u Hrvatskoj smatrati naprednim. U e-Receptima smo spomenute 2015. godine bili treći u EU (4), ostvaren najbolji rang ikada od svih podindikatora. To je utjecalo da smo u indikatoru „Javnih digitalnih servisa“ bili 2015. rangirani na 19. mjesto, dakle bitno bolje nego 2016. i 2017. godine. Kad se u sljedećem DESI istraživanju u vrednovanje uključe i e-Uputnice, portal e-Zdravlja, te e-Naručivanje koje je u punom pogonu, mogli bismo računati čak i na šampionsku titulu u tom podindikatoru!

Ovo što se u e-Zdravstvu radi u digitalizaciji smatra se pravom inovacijom, jer može biti:

„Novost koja donosi održivu korist“

što je sažeta opća definicija inovacije (5). Dakle, kroz prizmu inovacije možemo načiniti i „studiju slučaja“ najnovijeg projekta hrvatskog e-Zdravlja: „Prioritetne liste čekanja“, kao važnu nadogradnju e-Naručivanja. Tehnološki gledano, osim organizacijskog i stručno-medicinskog aspekta taj projekt je također državno izdvajanje u nabavu „paketskog SW“, dakle aplikacija koje su komercijalno razvijene i licencirane kao integrirani SW paketi. U ovom slučaju se radi o aplikaciji koja, osim što je dio e-Naručivanja, obuhvaća i doradu tzv. G2-aplikacija za potrebe ordinacija liječnika obiteljske medicine (LOM), sve povezano na CEZIH.

Pilot projekt „Prioritetne liste čekanja“ je započeo s primjenom 1. srpnja 2017. godine u nekoliko bolnica i u nekoliko ordinacija LOM-ova. Budući da se radi o inovativnoj ideji, analizirat ćemo je pomoću uobičajenih pet kriterija iz NAF+CC (*Novelty-Attractivity-Feasibility+Cost-Compliance*) sheme (6):

1. Novost:

- prije su svi pacijenti stavljeni u jedan red čekanja za svaki KZN postupak (iz Kataloga Zahvata za Naručivanje) bez obzira na težinu stanja;
- uvođenje prioriteta zavisno o stanju pacijenta je svakako pozitivna novost u sustavu eNaručivanja;

2. Privlačnost:

- Ideja za prioritetom obrade težih (ali ne i hitnih!) pacijenata u zadanom vremenskom okviru (ovdje 30 dana, umjesto mjeseci čekanja na redovnim listama čekanja) je atraktivna ne samo pacijentima, nego i cijelom zdravstvenom sustavu zbog veće kvalitete i ekonomičnosti uzrokovane manjim brojem odloženih obrada težih slučajeva;
- Privlačnost inovacije je donekle umanjena propuštanjem kvalitetnog informiranja najvažnijih sudionika u procesu: pacijenata i liječnika; osim najava u medijima koje su uglavnom PR Ministarstva zdravlja, ne postoji transparentnost koja bi bila primjerena projektu u javnom sektoru;
- Privlačnost bi se mogla povećati i objavom modela procesa i specifikacije informatičkog rješenja, gdje bi se u „javnoj raspravi“ moglo ukazati na moguće rizike i prijedloge unaprjeđenja;
- Slaba komunikacija izvorno umanjuje atraktivnost: nije jasno priopćeno da se radi o prioritetnim pregledima, a ne dijagnostičkim postupcima; prioritet znači brži dolazak sub/specijalistu koji onda u slučaju potrebe može brže uputiti na dijagnostiku;

3. Izvedivost:

- Pilot će to pokazati, no rizici koji ugrožavaju izvedivost se trebaju mitigirati čim ranije, na primjer:
 - Odakle pronaći unutrašnje rezerve od cca. 10% u kalendarima narudžbi (navodno zbog dosadašnjeg prešutnog ostavljanja slobodnih termina i zbog praznih mjesta kod otkazivanja dolazaka na redovne narudžbe)
 - Kako spriječiti „liniju manjeg otpora“ od strane LOM-ova: oni moraju reći redovnom pacijentu da nije prioritetan i da treba čekati nekoliko mjeseci umjesto da dođe na red unutar 30 dana – moguća je tendencija LOM-ova da svima izlaze u susret (navodno će se to ograničiti središnjim nadzorom uporabe prioritetnih listi; korisno bi bilo uvesti evaluaciju upućivanja jer je uočeno da je značajan postotak neprimjeren)

- Nejasno je kako će se ubrzati dijagnostika za one pacijente za koje sub/specijalisti potvrde sumnju LOM-a na teško zdravstveno stanje, kad su CT, magnet, UZV i tako dalje već prebukirani?
- Ovaj projekt vodi HZZO. Nema informacija o tome da HZZO raspolaže certificiranim voditeljima projekta, nije dovoljno da ima stručni informatički kadar, jer je projekt multidisciplinaran.



Slika 5: Čekaonica koju tek treba digitalizirati

4. Trošak:

- Ova se nadogradnja sustava eNaručivanja financira iz proračuna HZZO-a. Nažalost, kao niti kod drugih projekata u tijeku, nije objavljeno o kolikom se ovdje trošku radi.

5. Usklađenost s propisima:

- Ovdje se radi o nesukladnosti s propisima javne nabave zato što je pilot od 1.7.2017. u funkciji (prema brojnim medijskim objavama iz Ministarstva zdravstva, ali i informacija s terena), a poziv za ponudu:
- „Nadogradnja bolničkog informacijskog sustava s funkcionalnošću prioritnog naručivanja pacijenata u zdravstvenu ustanovu te izvedba pilot projekta“
- je objavljen 30.6.2017. (petak), s rokom davanja ponude 3.7.2017. (ponedjeljak) (7).
- Još je važnija nesukladnost s važećim zdravstvenim propisima u smislu određivanja prioriteta. Do sada su LOM-ovi to činili „neformalno“, urgirajući za prekovrednu obradu kod kolega specijalista. Sada je to formalizirano i središnje se nadzire. Ipak, nigdje u zdravstvenim propisima nisu definirani kriteriji za određivanje prioritnih stanja kao na primjer smjernice prioritnog upućivanja. Konkretno, što ako se dogodi da se kod posjete specijalistu po redovnoj listi čekanja utvrdi da je pacijent trebao biti na prioritnoj? Na to su ukazali i LOM-ovi u svojem zahtjevu za odgađanje uvođenja prioritnih lista čekanja (8).

Iz ove kratke NAF+CC analize je sumarno razvidno da se radi o inovativnoj ideji koja bi mogla biti korisna. Kao problem ostaje netransparentnost, nedovoljna analiza izvedivosti i mitigacija rizika, a naročito izraženi nedostatak prateće regulative. Ovakvu se provjeru kvalitete inovativnosti neke ideje dobro provesti u što ranijoj fazi implementacije (dakle i prije pilot projekta!) zbog povećanja vjerojatnosti uspješnosti i pilota i implementacije trajnog rješenja.

Ovdje smo vidjeli kako javni sektor čini napore u smjeru promjena koji su nesumnjivo inovativni. Naravno da pri tome postoji značajni potencijal za podizanje inovacijske kulture ovakvom jednostavnom analizom elemenata inovativnosti. Na taj način projekti mogu imati veći stupanj kvalitetnih isporuka. Ne samo u e-Zdravlju!

Referencije

1. The Global Innovation Index 2017, <https://www.globalinnovationindex.org/gii-2017-report>, preuzeto 9.7.2017.
2. IHS Markit . A merger of global information leaders. <https://ihsmarkit.com/>, preuzeto 9.7.2017.
3. Digital Economy and Society Index. http://ec.europa.eu/newsroom/document.cfm?doc_id=45188, preuzeto 8.7.2017.
4. DESI 2015. Methodological note. http://news.ucamere.net/MONITORAGGIO_LEGISLATIVO/Digital%20Economy%20and%20society%20index.pdf, preuzeto 8.7.2017.
5. Mađarić M. Inovacija, što je to zapravo? <http://www.ictbusiness.info/kolumne/inovacija-sto-je-to-zapravo>, preuzeto 9.7.2017.
6. Mađarić M. Inovacija ... u politici. <http://www.ictbusiness.info/kolumne/inovacija-u-politici>, preuzeto 9.7.2017.
7. Nadogradnja bolničkog informacijskog sustava s funkcionalnošću prioritetnog naručivanja pacijenata u zdravstvenu ustanovu te izvođenje pilot projekta. <http://www.tenderi.hr/tenderInfo/detail?uuid=2f13b802-5fba-11e7-860f-002655ffd6c8&sp=140549&date=1499032800000&showAllKey=9b6ac89319b10501dfc4>, preuzeto 9.7.2017.
8. KoHOM: Tražimo odgodu uvođenja prioritetnih lista čekanja. <http://www.nacional.hr/kohom-trazimo-odgodu-uvodenja-prioritetnih-lista-cekanja/>, preuzeto 9.7.2017.